

# ASISTOLIA

## Por una mejor calidad en la **atención** del aborto

### SERIE

## Los tiempos del aborto

Documento N°2

Helena Paro<sup>1</sup>, Agustina Ramón Michel<sup>2</sup>, Guillermo Ortiz<sup>3</sup> y Dana Repka<sup>4</sup>



<sup>1</sup> Médica ginecóloga-obstetra, profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Uberlândia e integrante de GDC Brasil.

<sup>2</sup> Abogada, coordinadora de la Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), investigadora asociada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

<sup>3</sup> Médico ginecólogo-obstetra, asesor médico senior de Ipas.

<sup>4</sup> Abogada, asistente de coordinación de la Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), asistente de investigación del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

**Asistolia:**  
**Por una mejor calidad en la atención del aborto**

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI  
© Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI)  
Secretaría Ejecutiva alojada en PROMSEX  
Av. José Pardo 601, oficina 604, Miraflores, Lima - Perú  
(511) 4478668  
susana@promdsr.org  
www.clacai.org

**Editado por:**  
© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).  
Av. José Pardo 601, oficina 603-604, Miraflores, Lima, Perú.  
Teléfono: (51) (1) 447 8668  
www.promsex.org

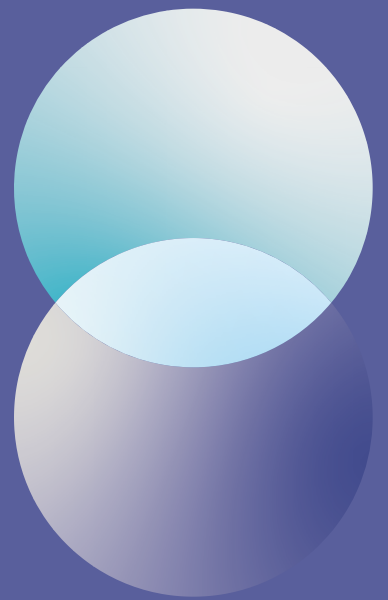
**Autoras/es:** Helena Paro, Agustina Ramón Michel, Guillermo Ortiz y Dana Repka  
**Coordinación de la publicación:** Agustina Ramón Michel  
**Contribución:** Red Jurídica de CLACAI, e integrantes de CLACAI.  
**Supervisión comunicacional:** Jorge Apolaya y Aracely Villasante  
**Diseño y diagramación:** Berenice Moreno López

1a. edición – Abril 2024

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 202402635

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons  
- Atribución - No comercial - Sin Derivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA)

Serie: Los tiempos del aborto. Documento 2: *Los tiempos del aborto. Asistolia: Por una mejor calidad en la atención del aborto.* Marzo 2024. Red Jurídica de CLACAI /Consortio Latinoamericano contra el aborto inseguro.



## Sobre este documento

Este documento introductorio y breve aborda la inducción de asistolia fetal (IAF) con base en una revisión rigurosa y actualizada de la literatura que encontrarán en las notas al pie para complementar la lectura. Su propósito es difundir la importancia de este procedimiento para asegurar la calidad de la atención del aborto.

Contó con la rigurosa y generosa revisión de integrantes del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI).<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup>Anaía Banfi (abogada, Ríos/Rivers - Regional), Ana Cristina Vera Sánchez (abogada, Surkuna - Ecuador), Beatriz Galli (abogada, Independiente - Brasil), Cristina Rosero (abogada, Centro de Derechos Reproductivos - Colombia), Damian Levy (médico obstetra, REDAAS - Argentina), Gonzalo Luis Mariani (médico neonatólogo, Hospital Italiano - Argentina), Jhony Juarez (médico, CECIS - Perú), Mariana Romero (médica, CEDES - Argentina), Mariana Soledad Alvarez (abogada, Fundación MxM - Argentina), Ninde Molre (abogada, AbortistasMx - México), Pío Iván Gómez (médico ginecólogo, Fòs Feminista - Regional), Ruth Zurbruggen (acompañante, La Revuelta - Argentina), Sonia Ariza Navarrete (abogada, CEDES - Argentina), Soledad Deza (abogada, Fundación MxM - Argentina), Valeria Isla (gestora, REDAAS - Argentina), Viviana Mazur (médica generalista, Argentina).



# 1. Introducción

La inducción de asistolia fetal (IAF) es un procedimiento crucial para garantizar la calidad de la atención del aborto después de las 20 semanas. Consiste en inducir la detención de la actividad cardíaca fetal, ya sea mediante medios quirúrgicos, como la transección del cordón umbilical, o con medicamentos, como la inyección de fármacos en la cavidad amniótica.<sup>6</sup>

Este procedimiento es fundamental para asegurar que los abortos inducidos en etapas gestacionales avanzadas no resulten en un nacimiento vivo, en línea con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que establece que el aborto inducido es la “pérdida intencional del embarazo intrauterino por medios medicamentosos o quirúrgicos (independiente de la duración del embarazo), que no resulta en un nacido vivo”.<sup>7</sup>

Aunque la IAF con medicamentos ha sido objeto de estudio desde principios del siglo XX, fue después del desarrollo de las técnicas de ultrasonido y reproducción asistida en las décadas de 80 y 90 cuando este procedimiento ganó mayor eficacia y seguridad.

Uno de los primeros, modernos y más influyentes estudios sobre la IAF utilizando métodos contemporáneos fue realizado por Isada y colaboradores en 1992.<sup>8</sup> Este estudio examinó una serie de 21 casos de embarazos con malformaciones fetales, con tiempos gestacionales de 19 a 24 semanas, tratados desde 1990. Fue este año cuando se implementó por primera vez el protocolo de IAF por inyección de cloruro de potasio en las cámaras cardíacas fetales en un hospital de Detroit, Michigan, EE.UU. Los investigadores optaron por el cloruro de potasio basándose en su experiencia previa utilizando este método para la reducción fetal en procedimientos de reproducción asistida.

Pocos años después, la literatura también documentó el uso del cloruro de potasio para la IAF en fetos sin malformaciones.<sup>9</sup> Desde entonces, la eficacia y la seguridad de la IAF han sido reafirmadas por el uso de otros medicamentos como la digoxina y la lidocaína. Como resultado, este procedimiento ha sido recomendado por sociedades de especialistas<sup>10</sup> y por la OMS<sup>11</sup> para abortos inducidos de más de 20 semanas.

---

<sup>6</sup> La expresión “inducción de asistolia fetal” (IAF) describe, de manera neutral, la finalidad del procedimiento, que es la detención de la actividad cardíaca fetal, y evita otras connotaciones. Es, además, el término empleado por la OMS. Ver: World Health Organization [WHO]. *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: WHO; 2014; World Health Organization [WHO]. *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: WHO; 2023.

<sup>7</sup> World Health Organization [WHO]. ICD-11. *International Classification of Diseases 11th Revision*. The global standard for diagnostic health information. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

<sup>8</sup> ISADA, NELSON B., et al. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid the hopeless resuscitation of an abnormal abortus: I. Clinical issues. *Obstetrics & Gynecology*, 1992, vol. 80, no 2, p. 296-299.

<sup>9</sup> ELIMIAN, Andrew; VERMA, Uma; TEJANI, Nergesh. Effect of causing fetal cardiac asystole on second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, vol. 94, no 1, p. 139-141; GILL, P., et al. Induction of fetal demise in advanced pregnancy terminations: report on a funic potassium chloride protocol. Fetal diagnosis and therapy, 1994, vol. 9, no 4, p. 278-282; CALLAHAN, Joan C. Ensuring a stillborn: the ethics of fetal lethal injection in late abortion. *The Journal of Clinical Ethics*, 1995, vol. 6, no 3, p. 254-263.

<sup>10</sup> DIEDRICH, Justin; DREY, Eleanor. Induction of fetal demise before abortion SFP Guideline 2010<sup>1</sup>, Release date January 2010. *Contraception*, 2010, vol. 81, no 6, p. 462-473; ZWERLING, Blake, et al. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2023.

<sup>11</sup> World Health Organization [WHO]. *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: WHO; 2014; World Health Organization [WHO]. *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: WHO; 2023.

## 2.

# Seguridad, eficacia y aceptabilidad

El avance en las técnicas de IAF desde la década de 1990 ha dado lugar a métodos contemporáneos que son altamente seguros para las personas embarazadas.<sup>12</sup> Se ha comprobado que el uso de medicamentos como el cloruro de potasio, la digoxina o la lidocaína para la IAF no están asociados con muertes durante el embarazo, parto o puerperio. Sin embargo, aunque poco frecuentes, pueden presentarse algunos efectos secundarios dependiendo del medicamento utilizado, como ocurre con casi cualquier tratamiento.<sup>13</sup>

**La eficacia de estos métodos contemporáneos de IAF es alta entre el 92% (para la inyección de digoxina en la cavidad amniótica)<sup>14</sup> y el 100% (para las inyecciones intracardiacas).<sup>15</sup>**

---

<sup>12</sup> Son métodos contemporáneos de IAF: 1) la transección del cordón umbilical inmediatamente antes de la dilatación y evacuación; 2) la inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina; 3) la inyección intracardiaca de cloruro de potasio o de lidocaína; 4) la inyección intratorácica de lidocaína. Para saber más sobre las técnicas de IAF, ver: PARO, Helena. *Los tiempos del Aborto: Términos y otros asuntos clave*. Documento N° 1. Serie Los Tiempos del Aborto (Coord: Agustina Ramón Michel). Lima: Red Jurídica CLACAI/Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro; 2023; World Health Organization (WHO). *Clinical handbook for quality abortion care*. Geneva: WHO, 2023.

<sup>13</sup> La digoxina intraamniótica o intrafetal puede causar vómitos y en menos del 1% de los casos puede haber la expulsión fetal antes del procedimiento programado. Con el uso de cloruro de potasio intracardiaco para la IAF, hay un relato de caso de paro cardíaco revertido sin secuelas para la persona embarazada. Sin embargo, una serie de 239 casos (la más amplia sobre el uso del cloruro de potasio para la IAF) no demostró complicaciones. En una serie de 338 casos de uso de la lidocaína intracardiaca o intratorácica para la IAF, una persona presentó zumbido como efecto secundario. Ver: JACKSON, Rebecca A., et al. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, vol. 97, no 3, p. 471-476; TOCCE, Kristina, et al. Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception*, 2013, vol. 88, no 6, p. 706-711; COKE, G. A., et al. Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International journal of obstetric anesthesia*, 2004, vol. 13, no 4, p. 287-290; PASQUINI, L.; PONTELLO, V.; KUMAR, S. Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2008, vol. 115, no 4, p. 528-531; REEVES, Matthew F., et al. Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ sexual & reproductive health*, 2022, vol. 48, no 4, p. 275-280.

<sup>14</sup> JACKSON, Rebecca A., et al. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, vol. 97, no 3, p. 471-476.

<sup>15</sup> DIEDRICH, Justin; DREY, Eleanor. Induction of fetal demise before abortion SFP Guideline 20101, Release date January 2010. *Contraception*, 2010, vol. 81, no 6, p. 462-473; HERN, Warren M. Laminaria, induced fetal demise and misoprostol in late abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, vol. 75, no 3, p. 279-286; BHIDE, A., et al. Comparison of feticide carried out by cordocentesis versus cardiac puncture. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2002, vol. 20, no 3, p. 230-232; REEVES, Matthew F., et al. Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ sexual & reproductive health*, 2022, vol. 48, no 4, p. 275-280.



Algunas directrices clínicas de sociedades de especialidad sugieren que las consideraciones emocionales, tanto de los profesionales de la salud como de las personas embarazadas, también respaldan la inclusión de la IAF como parte del proceso del aborto inducido.<sup>16</sup> La aceptabilidad de la IAF entre las personas que buscan un aborto inducido con más de 20 semanas de gestación fue objeto de estudio en un ensayo clínico con 126 participantes, donde más del 90% de las gestantes con más de 20 semanas de embarazo expresaron preferencia por la IAF. Esto se debió a su percepción de que la IAF hacía que el proceso de aborto fuera más sencillo y menos doloroso.<sup>17</sup> No obstante, las percepciones pueden variar entre las personas embarazadas, especialmente entre aquellas con embarazos intencionales, que se enfrentan al diagnóstico de malformaciones fetales.<sup>18</sup>

### 3.

## Indicaciones para el uso

La mayoría de las directrices clínicas recomiendan la IAF después de las 20 semanas de embarazo, antes de proceder con la inducción con medicamentos o quirúrgica del aborto,<sup>19</sup> debido a que en este período gestacional aumenta significativamente la probabilidad de que el feto sea expulsado con signos vitales. La utilización de la IAF previene la supervivencia fetal, ya sea transitoria o permanente, lo cual es crucial para brindar una atención de calidad, especialmente después de las 24 semanas.

La IAF también puede realizarse antes de las 20 semanas. Existen registros de procedimientos llevados a cabo desde las 14 semanas.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> DIEDRICH, Justin; DREY, Eleanor. Induction of fetal demise before abortion SFP Guideline 20101, Release date January 2010. Contraception, 2010, vol. 81, no 6, p. 462-473; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. ACOG practice bulletin no. 135: second-trimester abortion. Obstet Gynecol, 2013, vol. 121, no 6, p. 1394-406.

<sup>17</sup> JACKSON, Rebecca A., et al. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 2001, vol. 97, no 3, p. 471-476.

<sup>18</sup> GRAHAM, R. H., et al. The role of feticide in the context of late termination of pregnancy: a qualitative study of health professionals' and parents' views. Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis, 2009, vol. 29, no 9, p. 875-881; LEICHTENTRITT, Ronit D. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. Social science & medicine, 2011, vol. 72, no 5, p. 747-754.

<sup>19</sup> World Health Organization [WHO]. Clinical handbook for quality abortion care. Geneva: WHO; 2023; International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Improving Access to Abortion Beyond 12 Weeks of Pregnancy. En figo.org [en línea]. Disponible en: <https://www.figo.org/resources/figo-statements/improving-access-abortion-beyond-12-weeks-pregnancy>; Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG]. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales: Report of a Working Party. London: RCOG; 2010.

<sup>20</sup> LÓPEZ-CEPERO, Ronald; LYNCH, Lauren; DE LA VEGA, Alberto. Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, 2013, vol. 105, no 1, p. 14-17.

4.

# La IAF como procedimiento esencial para la calidad de la atención

La IAF, en especial a partir de las 24 semanas, es esencial para asegurar los abortos inducidos, garantizar la calidad de la atención a las personas que solicitan un aborto, y proporcionar a los equipos de salud la certeza de que el procedimiento tendrá los resultados esperados con el menor desgaste posible.

**Incluir la IAF como un procedimiento que hace parte de la atención integral de un aborto inducido en un país significa:**

01.

Garantizar el  
tratamiento más  
seguro a la persona  
embarazada

La IAF ofrece una mayor seguridad en el proceso del aborto inducido en abortos después de las 20 semanas, más aun después de las 24, asimismo el aborto inducido (*que no resulta en un nacido vivo*) es más seguro que el parto.<sup>21</sup>

02.

Respetar la autonomía  
de la persona  
embarazada

El aborto inducido garantiza el derecho de la persona embarazada a no continuar con la maternidad biológica al evitar la supervivencia neonatal.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> BARTLETT, Linda A., et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & gynecology*, 2004, vol. 103, no 4, p. 729-737; LOHR, Patricia A. Surgical abortion in the second trimester. *Reproductive health matters*, 2008, vol. 16, no sup31, p. 151-161; CALLAHAN, Joan C. Ensuring a stillborn: the ethics of fetal lethal injection in late abortion. *The Journal of Clinical Ethics*, 1995, vol. 6, no 3, p. 254-263.

<sup>22</sup> CALLAHAN, Joan C. Ensuring a stillborn: the ethics of fetal lethal injection in late abortion. *The Journal of Clinical Ethics*, 1995, vol. 6, no 3, p. 254-263.



### 03.

Prevenir las consecuencias de la prematuridad iatrogénica

Interrumpir un embarazo avanzado sin la IAF podría resultar en señales de vida transitorias o en la supervivencia fetal, con las complicaciones asociadas a la prematuridad iatrogénica. Por ende, la IAF previene riesgos evitables para el recién nacido y es una manera de garantizar el principio de no maleficencia.

### 04.

Seguir la evidencia y las recomendaciones de la OMS

Las evidencias científicas actualizadas<sup>24</sup> respaldan la indicación de la IAF para el aborto inducido de más de 20 semanas. También lo hacen las guías de la OMS<sup>24</sup> (la agencia de las Naciones Unidas responsable por orientar las políticas públicas de salud de sus Estados-miembros).

### 05.

Ofrecer condiciones adecuadas para que los equipos de salud puedan prestar una atención de calidad

El procedimiento de la IAF crea un ambiente emocional más adecuado para los profesionales de salud, quienes pueden verse impactados por las señales transitorias de vida en los casos de abortos inducidos más allá de las 20 semanas. Esto también favorece la disponibilidad de más profesionales para este servicio, y evita involucrar innecesariamente a equipos de neonatólogos en casos de expulsión con signos vitales.<sup>25</sup>

### 06.

Cumplir con la responsabilidad ética de la política de aborto y de la atención en los servicios

La IAF es el único curso de acción terapéutica que asegura un aborto en etapas gestacionales avanzadas, cumpliendo con la decisión de la mujer y evitando hacer daño. Además, es indispensable para evitar la responsabilidad de los daños derivados de un nacimiento con vida cuando se ha solicitado un aborto.

Por estas razones, los gobiernos deben organizar sus sistemas de salud de acuerdo con sus capacidades y los estándares de calidad propuestos para garantizar el acceso al aborto seguro y a la IAF a todas las personas que lo necesiten.

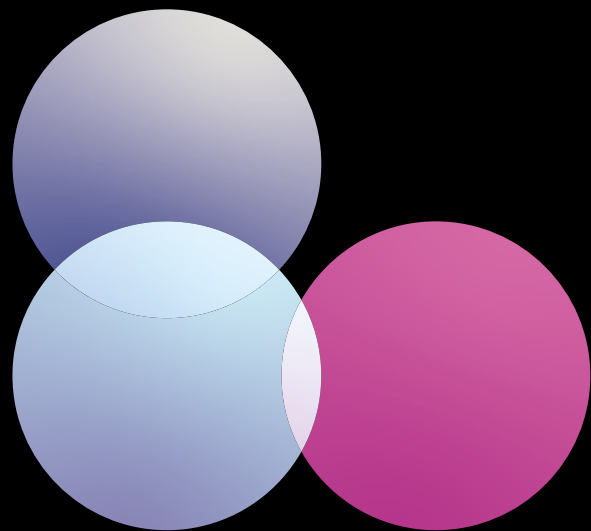
---

<sup>23</sup> TUFA, Tesfaye H., et al. Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception*: X, 2020, vol. 2, p. 100046.

<sup>24</sup> World Health Organization [WHO]. *Clinical handbook for quality abortion care*. Geneva: WHO; 2023.

<sup>25</sup> FLETCHER, John C., et al. Fetal Intracardiac Potassium Chloride Injection To Avoid The Hopeless Resuscitation Of An Abnormal Abortus: II, Ethical Issues. *Obstetrics & Gynecology*, 1992, vol. 80, no 2, p. 310-313.





[www.clacai.org](http://www.clacai.org)

---

